

## Coxalgia en un paciente de 4 años

María Luisa Velloso Feijoó, Sergio Rodríguez Montero, Paz González Moreno, Lucía Mayordomo González, Eduardo Rejón Gieb y José Luis Marengo de la Fuente

Sección de Reumatología. Hospital Universitario de Valme. Sevilla. España.

### Introducción

La coxalgia en niños da lugar a un amplio diagnóstico diferencial, que incluye enfermedades específicas de la infancia, algunas de ellas muy graves, y ciertos tumores óseos que tienen mayor prevalencia en la edad infantil. Con este caso, se pretende mostrar cómo se excluyeron determinadas enfermedades y se llegó al diagnóstico final.

### Caso clínico

Varón de 4 años de edad, sin antecedentes familiares ni personales de interés, que acude a nuestra consulta por dolor de 2 meses de evolución en la cadera derecha de ritmo continuo, que incluso perturbaba el sueño. El dolor respondía a antiinflamatorios no esteroideos. Presentaba claudicación para la marcha, que no le impedía realizar sus actividades habituales, aunque se quejaba de dolor.

No había antecedente traumático. En ningún momento tuvo fiebre, ni afectación de su estado general.

En la exploración física llamaba la atención una amiotrofia del cuádriceps derecho, y la actitud con postura antiálgica. La movilidad articular estaba conservada, aunque la flexión cruzada de la cadera derecha era dolorosa. El resto de la exploración general y del aparato locomotor resultó normal.

Los datos de laboratorio, que incluían hemograma, coagulación, velocidad de sedimentación globular (VSG), bioquímica general con reactantes de fase aguda, proteinograma e inmunoglobulinas, estaban dentro de la normalidad.

Inicialmente se realizó una radiografía simple de caderas comparadas, interpretada como normal; al igual que

la ecografía articular, en la que no había evidencia de derrame articular.

Ante la persistencia del dolor y la limitación funcional, se solicitó una gammagrafía, que demostró captación en el trocánter mayor del fémur derecho, sugerente de lesión osteoblástica.

La prueba que nos llevó al diagnóstico fue la tomografía computarizada (TC) (figs. 1,2), que puso en evidencia una imagen hipodensa, con halo de esclerosis y centro de mayor densidad, de aproximadamente 7 mm de diámetro, en tercio proximal del cuello del fémur derecho; imagen clásicamente denominada nidus, casi patognomónica del osteoma osteoide.

### Discusión

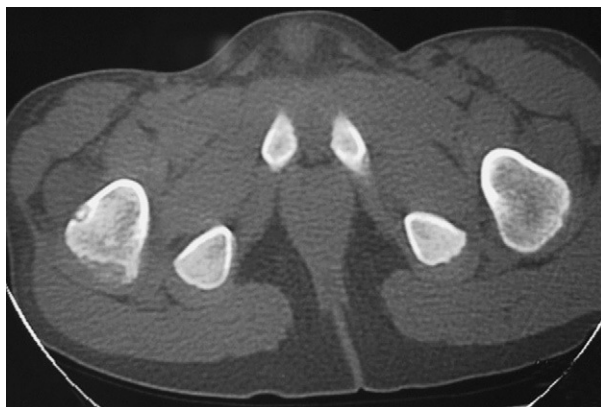
La coxalgia en la infancia es un síntoma muy común de consulta a los reumatólogos o pediatras. Las características del dolor, los síntomas acompañantes y la exploración física nos harán pensar en determinadas enfermedades de la infancia<sup>1</sup>. En el período de 3 a 7 años, en el que se incluye nuestro paciente, es frecuente la sinovitis transitoria de cadera, proceso benigno que se resuelve con reposo y analgésicos. Otra entidad no tan banal es la enfermedad de Perthes, que también ocurre en este período, y que inicialmente puede no tener una clara manifestación radiológica, por lo que podría incluirse en nuestro diagnóstico diferencial. Otras enfermedades que producen coxalgia en estas edades son las infecciones osteoarticulares y la artritis crónica juvenil; enfermedades que se descartaron por las características clínicas del cuadro y los hallazgos en las pruebas complementarias.

La importancia de este caso radica en identificar clínicamente la presencia de enfermedad, y persistir en la búsqueda a pesar de la normalidad inicial de las pruebas complementarias.

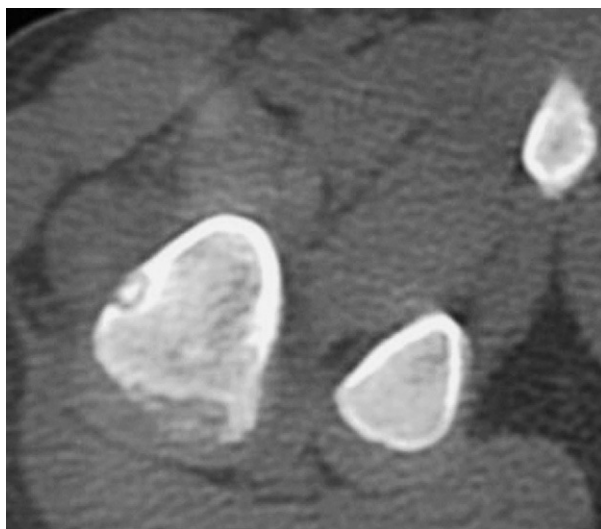
Nuestro caso corresponde a la presentación de un osteoma osteoide, lesión osteoblástica benigna de aparición temprana, ya que es bastante infrecuente por debajo de los 5 años de edad. Tiene especial predilección por localizarse en la región intertrocanterea, como en nuestro paciente, es de crecimiento lento y nunca maligniza. Se está debatiendo la posibilidad del diagnósti-

Correspondencia: Dra. M.L. Velloso Feijoó.  
Sección de Reumatología. Hospital Universitario de Valme.  
Avda. Ramón Carande, 7. Portal 4, 2.º A. 41013 Sevilla. España.  
Correo electrónico: mlveloso@gmail.com

Manuscrito recibido el 16-12-2005 y aceptado el 8-3-2006.



**Figura 1.** Tomografía computarizada que muestra imagen típica del nidus en la región intertrocantérea del fémur derecho.



**Figura 2.** Detalle

co por resonancia magnética<sup>2</sup>, aunque recientes estudios la descartan al enfrentarla con la TC<sup>3</sup> (fig. 1). Está descrito que algunos osteomas osteoides desaparecen espontáneamente<sup>4</sup>, y que simplemente hay que observarlos. En el caso de que comprometan la articulación, y por tanto el crecimiento, la técnica que se está imponiendo es la resección percutánea guiada por TC<sup>5-8</sup>.

## Bibliografía

1. Hamer AJ. Pain in the hip and knee. *BMJ*. 2004;328:1067-9.
2. Gaeta M, Minutoli F, Pandolfo I, Vinci S, D'Andrea L, Blandino A. Magnetic resonance imaging findings of osteoid osteoma of the proximal femur. *Eur Radiol*. 2004;14:1582-9.
3. Hosalkar HS, Garg S, Moroz L, Pollack A, Dormans JP. The diagnosis accuracy of MRI versus CT imaging for osteoid osteoma in children. *Clin Orthop Relat Res*. 2005;171-7.
4. Yanagawa T, Watanabe H, Shinozaki T, Ahmed AR, Shirakura K, Takagishi K. The natural history of disappearing bone tumours and tumour-like conditions. *Clin Radiol*. 2001;56:877-86.
5. Cioni R, Ramillota N, Bargellini I, Zampa V, Cappelli C, Vagli P, et al. CT-guided radiofrequency ablation of osteoid osteoma: long-term results. *Eur Radiol*. 2004;14:1203-8.
6. Rosenthal DI, Hornicek FJ, Torriani M, Gebhardt MC, Mankin HJ. Osteoid osteoma: percutaneous treatment with radiofrequency energy. *Radiology*. 2003;229:171-5.
7. Ghanem I, Collet LM, Kharrat K, Samaha E, Deramon H, Mertl P, et al. Percutaneous radiofrequency coagulation of osteoid osteoma in children and adolescents. *J Pediatr Orthop B*. 2003;13:244-52.
8. Venbrux AC, Montague BJ, Murphy KPJ, Bobonis LA, Washington SB, Soltis AP, et al. Image-guided percutaneous radiofrequency ablation for osteoid osteomas. *J Vasc Interv Radiol*. 2003;14:375-80.